

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 112

DE

L'ASPIRATION DANS L'APPENDICITE PERFORANTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 janvier 1923

PAR

Ven-Lan WUNG

Né à NINGPO (Chine) le 16 avril 1895

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
BÉGOVIN, professeur	<i>Juges.</i>
GUYOT, professeur	
ROCHER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 112

DE

L'ASPIRATION

DANS L'APPENDICITE PERFORANTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 janvier 1923

PAR

Ven-Lan WUNG

Né à NINGPO (Chine) le 16 avril 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		GUYOT, professeur.....	
		ROCHER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADÔRET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec coloniale et clinique des maladies exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUIL.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et dentologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELIJER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N., N.	Médecine générale	GREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RECHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Pharmacie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	GREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle... MM. GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, il nous est un devoir bien doux à remplir, c'est de remercier ceux qui nous ont fait ce que nous sommes.

Nous avons commencé nos études à l'École de médecine de Pei-Yang, alors que cette École avait comme directeur M. le Dr Y.-H. King. Sa carrière médicale fut pour nous un vivant exemple de probité personnelle et professionnelle. Professeur émérite, il était en même temps le conseiller et l'ami de ses élèves.

C'est grâce à lui que nous avons eu le courage d'apprendre la langue française et de venir ensuite à la Faculté de médecine de Bordeaux pour compléter nos études. Nous aurons toujours pour lui des sentiments de profonde reconnaissance pour les services qu'il nous a rendus et l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres, MM. Duval et Robin, ainsi que MM. Chang, Loo, Lossouarn, Pin et Tong; qu'ils reçoivent l'expression de notre profonde gratitude pour leurs conseils et leurs enseignements.

Nous serons toujours reconnaissant à M^{me} Pin et au frère Julien de leurs leçons de français qu'ils nous ont si patiemment données pendant nos quelques mois de préparation avant de venir en France.

A Bordeaux, nous avons toujours suivi avec le plus grand intérêt les cliniques de MM. les professeurs Abadie, Bergonié, Bégouin, Cassaët, Dubreuilh, Moure, Moussous, Verger et Villar.

Ils nous ont accueilli toujours avec la plus grande bienveillance. Nous en emporterons avec nous le souvenir respectueux.

M. le professeur agrégé L. Rocher, auprès duquel nous avons recueilli tant d'enseignements importants, a bien voulu nous confier le sujet de notre thèse en nous aidant de toutes ses observations personnelles; qu'il veuille accepter nos remerciements bien sincères.

Avant de quitter ce pays que nous aimons autant par la beauté de son paysage et la douceur de son climat que par l'amabilité de sa population, et avant de nous séparer de nos amis de Bordeaux qui nous ont rendu l'existence aussi heureuse qu'agréable, nous ne pouvons vraiment pas partir sans regretter notre trop court séjour, et seul l'appel du devoir nous force à nous en éloigner peut-être pour toujours.

DE

L'ASPIRATION

DANS L'APPENDICITE PERFORANTE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La méthode d'aspiration était déjà connue du temps de Galien, mais malheureusement son emploi systématique dans la science médicale ne fut réalisé que dans un temps assez récent.

Tout d'abord les médecins et les chirurgiens essayèrent d'appliquer ce procédé à l'aide d'un des nombreux appareils plus ou moins rudimentaires, tels que les ventouses, les siphons, les seringues et les pompes, qui, tour à tour appliqués dans diverses conditions, ne donnèrent aucun résultat démonstratif, par suite de leurs imperfections de construction et de leurs applications mal précisées.

Ce ne fut qu'en 1869, lorsque Dieulafoy présenta son nouvel

appareil à l'Académie de médecine, que son utilisation devint de plus en plus répandue. Cette idée ingénieuse se répandit aussitôt à l'étranger et de nombreux appareils furent construits par divers auteurs. Parmi les premiers aspirateurs employés en médecine, nous pouvons citer ceux de Dieulafoy, Hamon, Potain, Smith, Rasmussen, Wiess, Castiaux, Behier, Regnard, Lieter, Thénot, Fleuret et Gibard, etc. Tous ces appareils avaient une seule indication commune — l'aspiration de collections pleurales à l'aide du vide — quoique leur construction différât plus ou moins de celle de l'appareil de Dieulafoy.

En chirurgie, la pratique de l'aspiration avec un appareil bien défini fut introduite pour la première fois par MM. Morestin et Laurens, vers 1900. Avant cette date, les chirurgiens se bornaient simplement à aspirer une collection close avec une seringue munie d'un trocart ou d'une aiguille, ou avec un genre de ventouse aspirante, telle que la « Klapps suction ball », destinée à retirer le pus d'un anthrax tout comme la succi-pompe est employée dans nos services d'obstétrique pour retirer le lait d'un sein congestionné.

Ces procédés n'avaient pas une grande importance à cette époque-là, car ils étaient surtout du domaine de la petite chirurgie et ne fournissaient qu'une force aspiratrice tout à fait insuffisante.

Les aspirateurs qui devaient entrer par la suite dans la pratique de la chirurgie générale étaient tout d'abord des appareils de spécialités, qu'on utilisait uniquement pour enlever la salive dans la dentisterie ou les mucosités au cours de la bronchoscopie. Mieux étudiés et heureusement modifiés par Morestin et Laurens, les nouveaux appareils furent rapidement adoptés en chirurgie générale, si bien que le premier auteur avait déjà entrevu leur utilité dans les opérations abdominales : « Dans l'abdomen, dit-il, l'appareil est fort utile pour aspirer le pus des péritonites, le contenu des abcès, le sang et aussi les collections kystiques de toute nature. Toutes les lésions septiques sont de cette manière avantageusement traitées, sans qu'on ait besoin de se salir les doigts pour cette besogne et d'avoir

recours aux éponges ou compresses. Dans ce cas, la canule aide à rechercher le pus, car on peut s'en servir pour dissocier les anses. Il n'a pas le temps de se répandre; dès qu'on le voit sourdre, il suffit d'approcher la canule pour recueillir le liquide et en prévenir l'effusion ».

M. Gourdet a présenté au Congrès de chirurgie de 1904 un appareil analogue à celui de Morestin, mais simplifié, et M. Villard a imaginé le sien après avoir guéri une péritonite généralisée, en 1903, au moyen d'une grosse sonde de Nélaton et d'une seringue de Guyon. C'est alors que l'importance de l'aspiration a beaucoup attiré l'attention des chirurgiens. Rien qu'à Lyon, nous pouvons citer encore les noms de Patel, Molin, Durand, Vignard, Bérard, comme partisans enthousiastes de la méthode d'aspiration.

Cette nouvelle méthode ne tarda pas à être appliquée dans nos hôpitaux de Bordeaux, et depuis une dizaine d'années notre éminent maître, M. le professeur agrégé Rocher, a déjà installé dans son service un dispositif d'aspiration électrique, dont l'utilité a été maintes fois éprouvée dans de nombreuses circonstances.

Parmi les autres aspirateurs utilisés, nous pouvons citer encore l'appareil d'Ombredanne et celui de Sencert et Bellanger. Tous ces auteurs proclament d'une voix unanime son utilité en chirurgie, malgré la diversité de modèles que chacun emploie.

Ceci étant dit, nous pensons maintenant démontrer dans notre modeste travail les très grands services que l'aspiration peut rendre dans le traitement de l'appendicite perforante, sans nous occuper de toutes ses autres utilisations, qui sont très nombreuses en chirurgie. C'est d'après la clinique et les observations, que nous prouverons qu'elle est un vrai *traitement spécifique chirurgical* dans cette maladie quasi désespérée.

CHAPITRE II

Description des aspirateurs chirurgicaux.

Par le mot aspirateur, nous voulons parler simplement d'un appareil bien défini, ayant pour fonction d'aspirer des liquides ou des corps semi-liquides pendant les actes opératoires. Les aspirateurs industriels et les instruments qu'on emploie quelquefois pour l'aspiration ne seront pas évidemment considérés ici, étant données la puissance trop grande des premiers et la capacité insuffisante des seconds. Un bon appareil pour l'usage chirurgical doit avoir une force assez considérable, mais régulière et continue, capable d'évacuer une quantité appréciable de matière sans avoir à changer de récipient ou à démonter les pièces.

Leur construction est toujours extrêmement simple, malgré les divers modèles jusqu'ici employés. D'une façon schématique, chaque appareil peut être divisé en trois parties, réunies l'une à l'autre par deux tubulures de caoutchouc assez résistant. La partie moyenne est formée par le récipient, qui est relié d'un côté à une pompe, et de l'autre à la canule aspiratrice. Nous aborderons la question par la description séparée de chaque partie constituante avant que l'appareil entier soit présenté tel qu'il a été construit par son inventeur.

1. Le récipient.

Le récipient de tout aspirateur est constitué généralement par un flacon de verre à capacité variable, dans lequel on fait le vide au moyen d'une pompe. Son bouchon de caoutchouc hermétiquement fermé laisse passer deux tubes de verre, qui sont fixés par un simple ajustage aux tubulures des autres

parties pour établir une communication facile entre la pompe et la canule. Le rôle que joue cette partie dans l'ensemble de l'appareil est évidemment secondaire, car sa seule fonction est de recueillir le liquide retiré et d'éviter une souillure de la pompe aspirante.

II. La canule.

Ajustée au récipient par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc, cette partie de l'appareil est seule à se mettre en contact avec le champ opératoire. Elle doit être construite avec une substance stérilisable — en verre ou en métal — et tenue aussi aseptique que possible. Son diamètre et sa longueur sont variables et son extrémité peut être droite ou courbe. Le bout de la canule affecte quelquefois des formes spéciales. Il peut être aussi protégé par un manchon, mais, d'une manière générale, celui en forme de cylindre est le plus utilisé.

III. La pompe.

Le choix de cette partie de l'appareil est un point capital, car le bon rendement d'un aspirateur ne peut dépendre que de l'activité régulière d'une pompe qui marche bien. Selon leur construction, nous pouvons jusqu'à présent classer celles-ci en trois grandes classes que voici :

A. Pompe à main (type : appareil de Potain).

B. Pompe à eau (type : appareil des dentistes).

C. Pompe électrique.

A. La pompe à main, avec ou sans étrier, est analogue à celle que l'on emploie pour gonfler les pneumatiques des voitures ; de son extrémité part un tube de caoutchouc épais qui va se fixer sur le récipient par un raccord simple. Entre le récipient et la pompe, on dispose généralement un robinet pour interrompre la communication lorsque le vide dans le récipient est établi. Ce genre d'aspiration est facile à installer, mais il est défectueux non seulement parce qu'il est fatigant à manipuler,

mais encore parce qu'il donne une pression assez irrégulière et souvent faible.

B. La pompe à eau donnant une aspiration douce et continue est sûrement un appareil à préférer à la pompe précédente, mais malheureusement elle est loin d'être suffisamment puissante pour être employée dans tous les usages chirurgicaux, à moins qu'on ne la place à une certaine hauteur du sol pour assurer un bon tirage et que l'on évite le défaut de l'inondation par un dispositif spécial. Cet appareil comprend essentiellement deux cônes de verre ou de métal, enfermés dans un tambour de même nature, et est relié au récipient; les extrémités de ces cônes sont ouvertes et se regardent par leur bout effilé, le cône supérieur arrivant juste au niveau du cône inférieur. L'eau venant du robinet s'engage dans l'entonnoir que forme le cône supérieur et s'échappe par un orifice qui se trouve à la partie inférieure de ce dernier à travers l'ouverture du deuxième cône. L'appareil est construit de telle manière que la veine liquide sortant du cône supérieur ne touche pas, en s'échappant, les parois du cône inférieur. Il existe donc un couloir annulaire entre la veine liquide et la paroi du cône inférieur. L'air qui s'y trouve se laisse entraîner par la vitesse de l'eau et s'échappe avec elle dans le tube de sortie. Mais comme les deux cônes sont entourés par un tambour hermétiquement fermé, sauf au récipient, il s'ensuit que le vide se fait dans le tambour et le récipient, créant ainsi une aspiration continue à travers la canule distale.

C. La pompe électrique est un appareil idéal, parce qu'elle nous offre une force régulière, continue, avec une intensité voulue. Le vide se fait ici d'une façon instantanée sans qu'on ait besoin de faire au préalable le vide dans le récipient comme dans le cas de la pompe à main. Leur construction est trop compliquée pour être décrite ici en quelques lignes, quoique, en principe, elles soient toutes composées d'une pompe actionnée par une dynamo. Un rhéostat interposé change la vitesse rotatoire de cette dernière et modifie sensiblement la force d'aspiration, sans la moindre fatigue pour les manipulateurs. La

facilité avec laquelle on peut l'installer dans n'importe quelle maison où il y a du courant de ville est surtout à recommander dans les opérations urgentes en dehors des hôpitaux.

Nous ne pouvons passer sans dire deux mots sur les tubes de caoutchouc qui relient la pompe et la canule au récipient, car, ici, nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'avoir une certaine épaisseur des parois, de manière à éviter leur aplatissement ou leur torsion au cours de l'aspiration.

Voici quelques-uns des principaux aspirateurs chirurgicaux :

I. *Appareil de Morestin.* — Cet appareil comporte une canule métallique, un récipient à double tubulure et une pompe très puissante actionnée par l'électricité. Cette pompe est composée d'un corps métallique; à sa partie supérieure est fixé un collier en métal supportant deux tiges parallèles qui s'élèvent verticalement au-dessus du niveau de la partie supérieure du cylindre. Sur ces tiges, et perpendiculairement à elles, se meut une pièce en T qui représente, si l'on veut, la poignée de la tige du piston. Du sommet de cette poignée et articulée avec elle, part une assez longue pièce qui aboutit à une bielle, actionnée par une dynamo.

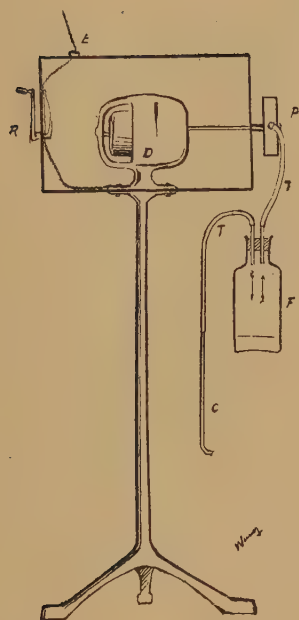
II. *Appareil de Laurens.* — L'appareil est constitué par un récipient de verre d'une capacité de 10 litres dans lequel on fait le vide au moyen d'une pompe à eau très solide; cette pompe est aussi pourvue d'une lame de caoutchouc pour éviter la rentrée de l'eau ou de l'air dans le récipient en cas de « panne » et placée à une hauteur de 4 ou 5 mètres du sol pour assurer un bon tirage. Les canules, longues de 20 centimètres, sont des tubes de métal et présentent un robinet dans leur manche. Leur diamètre varie de 2 à 10 millimètres et leurs becs sont tantôt droits, tantôt courbes.

III. *Appareil de Gourdet.* — Cet appareil se compose d'une pompe à main, simple comme celle d'une bicyclette, et d'un récipient à double tubulure, chacune étant munie d'un robinet. Les canules sont très variables, « l'une I est cylindrique comme une « sonde de femme »; l'autre K, aplatie en spatule; toutes les deux ne portent d'orifice que d'un seul côté, et ce sont trois yeux elliptiques accolés de façon à fragmenter les caillots qui

peuvent s'y présenter et à les empêcher d'obstruer ainsi le tube; une troisième canule J, un peu plus grosse, est terminée, comme une canule vaginale d'Auvard, par de larges orifices ».

IV. *Appareil de Villard*. — M. Villard emploie soit une pompe à eau, soit une pompe de Potain, qu'il attache à son récipient de verre. Sa canule est constituée par un tube métallique droit, dont une des extrémités porte une sorte de manchon troué, destiné à jouer le rôle de filet protecteur, s'opposant à ce que les anses intestinales puissent venir se placer devant l'orifice aspirateur. Ce manchon est vissé sur le tube à une certaine hauteur, afin que l'extrémité de celui-ci plonge presque jusqu'au fond; ce dispositif permet, suivant les circonstances, de changer le calibre et la forme du manchon. Citons enfin son manchon en forme de pomme d'arrosoir et son aiguille de ponction que l'auteur a construits pour remplacer le manchon ordinaire.

V. *Appareil de Rocher*. — C'est un aspirateur électrique à pompe rotatoire, dont nous nous sommes servi toujours avec satisfaction à l'Hôpital des Enfants. Voici la description de cet appareil par son auteur : « Depuis 1912, je me sers — dit M. Rocher — d'un dispositif très simple d'aspiration. Il consiste : 1° en un moteur électrique de de Martel; 2° en une pompe de GaiFFE, greffée sur le moteur (pompe utilisée pour l'aérothermothérapie, se composant de trois volets qui, mus par un axe excentré, s'appuient sur la circonférence d'une cavité et aspirent l'air d'un côté pour le rejeter sous pression de l'autre). A la pompe est rattaché, du côté de l'aspiration, un dispositif facile à installer, qui se termine par la canule aspiratrice. Le fonctionnement de l'appareil est des plus simples, car le moteur peut être facilement mis en marche à tout moment au cours de l'intervention et peut fonctionner d'une façon prolongée, s'il s'agit d'une intervention sur les voies respiratoires. Il peut, de plus, être réglé au point de vue de la vitesse de rotation, ce qui modifie la force de l'aspiration suivant les nécessités de l'intervention (cas de l'ouverture d'une collection purulente, inondation subite du champ opératoire). »



Dessin schématique de l'appareil de Rocher.

R = Rhéostat.	T = Tubulure de caoutchouc
E = Courant électrique.	F = Récipient.
D = Dynamo.	C = Canule.
P = Pompe rotatoire.	

CHAPITRE III

De l'utilité de l'aspiration dans les affections septiques localisées.

L'utilisation de l'aspiration en chirurgie pour évacuer le sang, les mucosités et tout autre liquide non septique, constitue déjà un grand progrès de technique opératoire, parce qu'elle abrège la durée de l'intervention et économise les compresses ou les éponges d'une manière appréciable. Aussi, c'est grâce à elle que les manœuvres délicates des opérations oto-rhino-laryngologiques ont pu être pratiquées sous la vue directe du chirurgien et que les opérations de chirurgie osseuse ont pu être aussi méthodiquement exécutées.

Mais un usage plus important de cet appareil récemment connu dont l'application systématique pourrait sensiblement abaisser la mortalité d'une foule de maladies, c'est son emploi dans le traitement des affections septiques localisées.

Ici, en effet, son rôle est facile à comprendre, car l'évacuation complète et facile d'une collection purulente parfois profondément placée, sans trop endommager les tissus avoisinants, ne peut être qu'un agent favorable de guérison naturelle. Bien plus, l'aspiration fonctionne à ciel ouvert, ce qui permet aux chirurgiens de traiter la lésion causale en même temps que ses effets, tandis que la diminution de la durée de l'intervention évite encore le « shock » postopératoire chez ces sujets prédisposés.

Cette utilité de la méthode en théorie est maintenant amplement confirmée par la pratique, car la clinique nous montre

chaque jour les résultats incontestables dus à son application dans bien des maladies. C'est ainsi que dans le service de M. Rocher les ostéomyélites aiguës et surtout les chroniques sont opérées avec une grande rapidité pour le chirurgien et une plus grande sécurité pour les opérés ; les autres affections analogues, telles que les arthrites purulentes, les phlegmons diffus, les pleurésies septiques, etc., profitent aussi avantageusement de ce mode de traitement. De plus, la salle d'opération et le champ opératoire sont rendus presque aseptiques par le fait que la machine collectionne toutes les matières infectantes dans le récipient, qui est prêt à être enlevé et désinfecté à la fin de l'opération. Mais il est une affection septique où l'emploi de l'aspirateur est particulièrement intéressant à étudier : c'est la péritonite aiguë, quelle que soit son étiologie, ainsi que le montrent les faits suivants :

1° Le péritoine, par son étendue et ses rapports anatomiques avec les divers organes à contenu septique, est fréquemment exposé à des infections ;

2° La gravité extrême de la péritonite aiguë diffuse non traitée ;

3° La possibilité d'enrayer une péritonite généralisée lorsque l'on est appelé à temps ;

4° La possibilité de guérir une péritonite même généralisée lorsque la cause initiale peut être supprimée.

Mais malgré la gravité des péritonites aiguës, notre action chirurgicale peut cependant se résumer en quelques propositions fort simples, celles-ci étant encore facilitées grâce à l'aspirateur.

Voici la conduite à tenir par les chirurgiens en présence d'une péritonite aiguë :

1° Évacuation du liquide épanché ;

2° Assèchement soigneux du foyer sans traumatiser gravement les adhérences qui limitent la collection purulente ;

3° Le drainage du péritoine ;

4° La suppression du foyer originel de l'infection.

Le rôle de l'aspiration est évident pour les deux premières

indications, l'aspirateur étant un appareil « *par excellence* » établi pour cet usage. Il assure une rapide évacuation et un asséchage complet du liquide sans que les adhérences soient nullement traumatisées. Le rôle des compresses est donc très avantageusement remplacé par lui, qui ne détériore pas la séreuse, ne provoque ni « *shock* » ni autres réflexes nuisibles qui troublent le sommeil anesthésique, la marche de l'opération et augmentent l'hémorragie.

Mais l'aspiration est non moins utile pour les deux dernières indications, quoique d'une façon indirecte, car l'importance du drainage est diminuée par ce fait que l'aspiration est elle-même un *drain actif*. Les manœuvres opératoires sont aussi facilitées parce que, au moyen de l'aspiration, tous les rapports anatomiques de la région demeurent intacts, ce qui permet une recherche plus méthodique sous le contrôle de la vision directe au lieu d'aller à l'aveugle au milieu des barrages de compresses.

En résumé, l'aspiration est donc une méthode de choix lorsqu'il y a une collection purulente quel que soit son siège. Mais l'affection qui bénéficie le plus de celle-ci est constituée, comme nous l'avons démontré, par tous les épanchements péritonéaux purulents. Il les guérit, non seulement en évitant une généralisation mortelle, mais encore en supprimant instantanément l'absorption toxique dans une surface aussi étendue et absorbant aussi facilement les toxines.

La multiplicité de la pathologie péritonéale et la gravité toute particulière de ces affections commandent encore une vulgarisation plus grande de ce simple appareil même dans les centres opératoires les plus modestes.

CHAPITRE IV

L'aspiration dans l'appendicite perforante.

Pour montrer les beaux résultats que nous avons obtenus avec l'aspiration dans un type d'affection septique localisée, nous voulons parler immédiatement de l'aspiration dans le cas d'appendicite perforante.

Tout le monde sait que les appendicites occupent une place extrêmement importante dans la pathologie à cause de leur fréquence, de leur gravité et de leur curabilité lorsque l'on intervient à temps. Cette notion est beaucoup mieux démontrée lorsqu'il s'agit d'une forme très grave de cette maladie. En effet, l'appendicite perforante, presque toujours mortelle si on l'abandonne à elle-même, est assez facilement curable, à condition que l'opération soit bien conduite et faite le plus tôt possible.

La guérison naturelle par une ouverture spontanée à l'extérieur n'entre plus maintenant en ligne de compte, car, en dehors de sa rareté, elle n'empêche ni une péritonite généralisée mortelle, ni une septicémie secondaire au cours de son évolution ultérieure.

Il est donc certain que dans cette maladie une intervention immédiate est la règle, et pour cela une méthode nouvelle, à la fois pratique et facile, telle que l'aspiration, est surtout à recommander.

Nous aborderons cette question par :

A. L'étude clinique de l'appendicite perforante ;

B. Son traitement opératoire au moyen d'une technique chirurgicale moderne, tout en laissant de côté la pathologie et les

symptômes de l'appendicite en général que l'on trouve d'ailleurs partout dans les classiques.

A. Étude clinique de l'appendicite perforante.

Le processus de gangrène peut se produire au cours de l'appendicite à n'importe quelle époque de son évolution, selon la résistance du malade et la virulence des microbes; aussi est-il souvent très difficile d'en formuler un tableau clinique précis. Cependant, d'une façon générale, on la diagnostique assez facilement par la péritonite consécutive, bien que sa présence puisse être encore masquée dans des cas rares.

On classe généralement cette péritonite en deux catégories, locale et diffuse, quoique chacune ne représente qu'un stade inconstant d'un même processus et ne subisse de nombreuses modifications.

a) *Péritonite locale* : La formation d'une collection s'annonce par la persistance de la tumeur et de la fièvre; les veines se dilatent sous la peau de la région iliaque (Forgue); si on laisse évoluer les choses, le plan sous-cutané s'œdématie (Keen), la voussure devient évidente à l'inspection, et même très tardivement on y peut sentir de la fluctuation.

Pendant ce temps, les douleurs spontanées ont, en général, diminué par suite de la perforation, mais les douleurs provoquées persistent; de pair avec les douleurs, il y a presque toujours une légère irritation péritonéale (nausées, petits vomissements). Le pouls, toutefois, reste aux environs de 100 à 110 en accord avec la température.

b) *Péritonite diffuse* : Dans cette affection grave, le facies est pâle, angoissé; les yeux sont enfoncés, le nez pincé, les lèvres minces; la langue, tantôt sèche, tantôt humide, est rarement saburrale; les vomissements sont bilieux, puis fécaloïdes, le hoquet s'installe; la température tantôt reste élevée, tantôt tombe brusquement près de la normale, tandis que le pouls fréquent, mou, inégal, s'affole progressivement jusqu'à battre aux environs de 160, 180 et même davantage; cependant, très

rarement, on peut voir aussi de la bradycardie ; la respiration est fréquente, la constipation est absolue et les urines sont souvent rares.

Au point de vue local, les douleurs, un moment brusquement atténuées, reparaissent ou s'exaspèrent, souvent avec une hyperesthésie cutanée ; elles sont continues ou reviennent par crises, toutefois elles peuvent manquer totalement ; la paroi abdominale peut se trouver rétractée, « en bois », mais elle est aussi souvent ballonnée.

Le diagnostic est donc assez facile dans les cas bien nets ; le facies, le désaccord entre le pouls qui s'élève et la température qui baisse ; les signes locaux et quelquefois la formule leucocytaire nous aident souvent à porter un diagnostic correct et donnent des indications en faveur d'une intervention radicale.

Il ne faut pas oublier que l'on ne doit pas attendre l'apparition de tous les symptômes classiques pour intervenir, car si une opération bien conduite ne fait courir aucun risque au malade, un retard intempestif amène au contraire toujours à une issue trop souvent fatale.

B. Technique opératoire de l'appendicite perforante.

Une fois le diagnostic posé, l'intervention sera conduite aussi rapidement que possible. Suivant l'expression de Murphy, il faut entrer vite dans le ventre et en sortir plus vite encore.

L'aspiration est ici un moyen héroïque dans le traitement de cette affection, bien que les autres facteurs doivent être nécessairement pris en considération pour obtenir le meilleur résultat possible. Nous décrirons dans ce chapitre la méthode employée dans le service de notre maître, M. Rocher.

Anesthésie. — L'anesthésie générale n'est pas indispensable. Lorsque l'on y a recours, l'éther est à préférer au chloroforme, étant moins toxique pour le foie et le cœur. L'anesthésie locale avec la solution de cocaïne à 1/300 adrénalinée est un bon moyen à employer chez les sujets profondément affaiblis ; mais son action sur les tissus enflammés comporte quelques inconvé-

nients. On a employé aussi dans certains cas l'anesthésie rachidienne.

Le malade étant endormi, on le met généralement en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée dans le cas où l'on emploie l'anesthésie rachidienne ; pas de Trendelenburg.

Incision. — Le tracé de l'incision sur la paroi est variable suivant les cas, parce que le chirurgien cherche avant tout à porter son incision en plein foyer septique et la situation de ce dernier n'a pas de règles fixes. C'est ici une incision « en bon lieu », guidée uniquement par les signes physiques de l'inflammation sous-jacente (œdème, rougeur, empâtement, fluctuation, matité, etc.) qu'il faut pratiquer. Autant que possible, elle doit être faite couche par couche et doit être de dimensions minima. Dans la péritonite diffuse, on tombe immédiatement sur la collection purulente, après l'ouverture du péritoine. C'est alors que l'aspirateur commence son œuvre d'évacuation. On retire ainsi un liquide ayant l'aspect de bouillon trouble ou franchement purulent avec une odeur souvent repoussante. Dans les formes localisées et profondément situées, on aborderait la collection en décollant soigneusement les adhérences, après avoir, bien entendu, limité le champ par des compresses et écarté les lèvres de la plaie au moyen de petits écarteurs ou de petites valves.

Aspiration. — Le chirurgien peut très bien, au moyen de sa main gauche, diriger la longue canule de verre de notre appareil, tandis qu'un aide la tient par un autre bout tout en faisant marcher la dynamo avec sa main libre. L'intensité du vide est réglée par un rhéostat, qu'un aide expérimenté peut facilement mettre au point voulu, selon la tension de la collection et la quantité de liquide à retirer. Souvent le liquide est tellement vite aspiré, qu'il n'a pas le temps d'imbiber les compresses qui cloisonnent le champ opératoire, évitant ainsi les traumatismes, le « shock » et les autres réflexes dus aux anciennes méthodes (brassage de compresses).

Ablation de l'appendice. — Le pus de l'appendice gangrené répand une odeur repoussante et l'appendice est volumineux,

violet foncé, avec des taches, les unes noires, les autres blanches, et il porte, soit de vastes perforations, soit même une amputation complète de l'organe, que l'on trouve alors dans le pus sous forme d'un lambeau flasque et noir.

L'ablation de cet organe si septique est donc absolument nécessaire toutes les fois qu'il est accessible. D'ordinaire, quand on le cherche systématiquement, on le trouve rapidement et on peut le réséquer en quelques minutes, en posant simplement à sa base une ligature au catgut, et en évitant d'écraser ses parois faibles. Le moignon peut être difficile à enfouir lorsque le cæcum est profondément infiltré.

Toilette du péritoine, drain et suture. — Le tamponnement discret à l'éther de toute la surface péritonéale infectée nous a toujours donné d'excellents résultats; cependant, il nous semble même dangereux de verser une grande quantité d'éther dans le péritoine. On termine enfin l'opération en suturant presque toute l'étendue de l'incision, sauf l'endroit où l'on met la mèche et le drain, qui doivent être au contact du moignon appendiculaire et souvent dans le cul-de-sac de Douglas. La séparation de la cavité péritonéale par quelques points de catgut, en fixant l'épiploon ou l'intestin au péritoine pariétal, constitue encore un moyen contre la diffusion de l'infection toujours possible.

Un petit pansement maintenu en place par de l'adhésif est surtout à recommander, car ceci nous permet de laisser une vessie de glace, qui limite par son action le processus inflammatoire.

Il est bon, après l'intervention, de placer le malade dans la position de Fowler, ou d'employer le goutte à goutte rectal de Murphy en s'inspirant de chaque cas particulier.

La description de ces méthodes n'entre pas dans le cadre restreint de notre travail.

Après avoir esquissé le tableau clinique de l'appendicite perforante et après avoir parlé de la méthode d'aspiration si simple au cours de son traitement opératoire, les beaux résultats obtenus chez nos opérés nous font nécessairement conclure que l'aspiration est ici un « *traitement spécifique chirurgical* ».

Certes, la vieille méthode de refroidissement peut aussi guérir une appendicite légère et non compliquée, grâce à la défense de l'organisme qui localise le foyer ; mais cette dernière est toujours très longue à réaliser, et laisse le chirurgien dans l'incertitude, ce qui fait que, à notre avis, une intervention bien faite et précoce est toujours à préférer dans tous les cas d'appendicite aiguë même non compliquée de péritonite.

CHAPITRE V

Les avantages du traitement actuel sur les méthodes anciennes.

Pratiquée de pair avec l'éthérisation, l'appendicectomie systématique et une incision minima en bon lieu, les résultats que nous a donnés l'aspiration ont toujours été des plus heureux dans le service de M. Rocher, quoique le petit nombre de cas recueillis ne soit pas suffisant pour établir une statistique définitive. Néanmoins, il nous permet de constater que notre méthode actuelle est déjà nettement supérieure à celles des traitements anciens.

Qu'il nous suffise de rappeler ici que depuis Morestin, tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion de se servir d'un aspirateur dans les opérations abdominales n'ont pas hésité à proclamer son utilité d'une voix unanime. C'est ainsi que Villard a déjà publié, dans la thèse de son élève Ferjasse, 10 cas de péritonites aiguës, guéries en les traitant par ce moyen, malgré la gravité de quelques-uns de ses malades, dont l'état était presque désespéré. Vignard et Bérard ont conseillé de même l'aspiration dans leur livre intitulé : *L'appendicite*, et Molin a opéré une trentaine d'appendicites aiguës à chaud, toujours avec un résultat aussi favorable que si l'on avait attendu longtemps leur refroidissement. Enfin le professeur Sencer, de Strasbourg, nous a aussi communiqué aimablement son avis sur ce sujet, et il partage entièrement notre opinion.

Il ne nous est pas encore possible d'établir un pourcentage de mortalité dans l'appendicite perforante depuis l'introduction

de l'aspirateur, mais nous sommes convaincu qu'avec lui et une technique opératoire telle que celle que nous avons décrite dans le chapitre précédent, nous pourrons toujours espérer de meilleurs résultats que ceux que l'on avait jamais obtenus jusqu'ici.

Voici quelques chiffres fournis par divers auteurs sur la mortalité post-opératoire dans l'appendicite perforante traitée par les différentes méthodes, avant l'introduction de l'aspiration.

En 1903, Nötzel avait publié au Congrès allemand de chirurgie 449 cas de péritonite purulente diffuse avec 278 guérisons, soit 62 p. 100 de cas favorables. De même, Gulcke, en 1908, disait avoir obtenu 66 p. 100 de succès; tous deux pratiquant la méthode de Rehn, c'est-à-dire un drainage au moyen d'un tube unique, autour duquel on suture la plaie de la paroi.

Avant 1899, Hotschkiss pratiquait d'énormes incisions, suivies de l'éviscération et du lavage des anses intestinales; il terminait par un large drainage. Sa statistique compte 11 décès sur 12 cas. Après cette époque, jusqu'en 1906, le même auteur, en pratiquant une petite incision et se servant d'un petit drain, vit la mortalité baisser dans la proportion de 20 p. 100.

Dans la statistique de Témoin, en 1919, on comptait 25 morts sur 169 cas de péritonite plus ou moins généralisée.

Murphy, en intervenant précocement, en pratiquant une petite incision, un minimum d'anesthésie, en réduisant le plus possible les manipulations de l'intestin et du péritoine et en laissant un petit drain dans la plaie opératoire, n'accusait que 2 morts-parmi ses 48 opérés.

L'éthérisation nous donne une autre sécurité très appréciable, car depuis son emploi Broca a abaissé la mortalité de ses opérés de 67 p. 100 à 30 p. 100. Son action peut être expliquée par sa pénétration facile entre les anses. Elle exerce sur elles une action mécanique qui, tout d'abord, les fait rétracter et affaïsser pour ramener ensuite assez rapidement leur puissance de contraction; d'autre part, l'éther est un excellent antiseptique volatil.

L'appendicectomie systématique joue encore un rôle très

important dans le pronostic; suivant la récente statistique de Vogel, on compte 31 morts sur 36 opérés par l'ouverture simple, sans ablation, de l'appendice, alors que sur 32 appendicectomisés, il n'y avait que 15 morts.

La pratique de l'appendicectomie est d'autant plus justifiable que sa facilité et son innocuité ont été bien démontrées par les travaux antérieurs, tandis que l'intervention opportuniste avait donné encore 40 p. 100 de récidence ou de fistules, comme le montrent les travaux de Guinard.

Le drain nous semble nécessaire dans la péritonite appendiculaire. C'est ainsi que parmi nos malades, le seul accident que nous avons vu arriver (malade opéré trois fois et mort d'une hémorragie rectale. Obs. X) s'est produit dans 1 cas où nous avions suturé complètement la plaie opératoire. Par contre, l'observation XII montre bien que le drain peut rendre de très grands services, lorsqu'il y a une collection post-opératoire. Il est donc, à notre avis, très prudent de mettre de petits drains et des mèches dans chaque foyer, car s'ils ne sont pas absolument nécessaires dans certains cas, ils sont, malgré tout, sans danger par eux-mêmes. Du reste, nous verrons par l'étude de nos observations, qui vont suivre, les excellents résultats obtenus par cette méthode.

CHAPITRE VI

Observations.

OBSERVATION I

Service de M. ROCHER.

**Appendicite perforante. Abscès énorme de la fosse iliaque droite.
Aspiration. Guérison.**

Roger C..., garçon, 11 ans 1/2, entre, salle 10, lit 5, le 7 février 1920.

Pas d'antécédents pathologiques particuliers, sauf la rougeole et la coqueluche à 5 ans, quelques bronchites jusqu'à 7 ans; petit mangeur de régime, surtout lacto-végétarien.

Dans la nuit du 28 au 29 janvier, première crise d'appendicite; l'enfant se réveille en sursaut, avec des vomissements violents, des douleurs abdominales, localisées à la fosse iliaque droite sans irradiation.

Le 29, le médecin de la famille, appelé, lui conseille la glace sur le ventre et la diète hydrique, ce qui calme les douleurs et arrête les vomissements; on continue le même traitement jusqu'au 7 février.

A l'entrée à l'hôpital, le 7 février, le malade présente le tableau clinique suivant : les yeux sont excavés; le facies grippé; la langue est saburrale; température, 38 degrés; pouls, 100; violentes douleurs; ventre en bois, surtout du côté droit; ni matière, ni gaz depuis huit jours; cependant, il n'y a ni signe de cellulite pelvienne, ni d'abcès lombaire.

Le 9 février, le pouls est à 112, la température 38°5, la respiration est normale, les urines sont peu abondantes; contracture très mar-

quée avec voussure de la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite.

Intervention d'urgence. Anesthésie à l'éther, incision de Jalaguier, et l'on tombe sur le péritoine libre. Le cæcum est adhérent à la fosse iliaque. Par décollement de son bord externe, il sort une quantité assez considérable de pus, très fétide; aussitôt aspiré, on accède à une cavité sous-cæcale dans la fosse iliaque droite, où l'on ne découvre que quelques débris sphacelés qui représentent l'appendice; on place un drain dans le fond de la cavité; attouchement avec l'éther iodoformé; fixation du cæcum à la paroi abdominale antérieure pour exclure la grande cavité péritonéale. L'enfant est guéri le 8 mars 1920.

OBSERVATION II

Service de M. ROCHER.

Appendicite perforante. Péritonite localisée dans la fosse iliaque droite.

Aspiration. Guérison.

Jeanne F..., fille, 6 ans, entrée à l'Hôpital des Enfants, le 7 juin 1922, salle 11, lit 4, pour appendicite.

L'enfant, qui est souvent constipée, n'avait eu d'autre maladie qu'une scarlatine à l'âge de 3 ans.

Le début de l'affection actuelle remonte à une quinzaine de jours. A ce moment, l'enfant était très abattue, et son médecin lui avait donné pendant trois jours de suite 5 centigrammes de santoline et le quatrième jour une purge de 20 centigrammes de calomel; cette purge n'ayant pas produit d'effet, il fut ordonné un lavement d'eau bouillie et une cuillerée d'huile de ricin les jours suivants.

Le 3 juin, la malade commence à se plaindre du ventre. Après l'avoir examinée, le médecin porte le diagnostic d'appendicite et l'envoie à l'hôpital, le 7 juin, pour être opérée.

Intervention dans la même journée. On trouve un foyer de suppuration dans la fosse iliaque droite, il est enkysté et contient des gaz et du pus fétides. La collection étant évacuée au moyen de l'aspira-

tion, on enlève l'appendice qui est gangrené et on termine l'opération par éthérisation et drainage.

Le 17 juin, on enlève le drain et la malade sort complètement guérie le 25 juillet.

OBSERVATION III

Service de M. ROCHER.

Appendicite perforante. Péritonite localisée. Aspiration. Guérison.

Arnaud B..., 14 ans, entré, le 10 février 1921, salle 10, lit 13.

Ses parents sont tous bien portants. Le malade est un gros mangeur et un tachyphagique. Il n'a eu comme maladie que la rougeole, à l'âge de 7 ans.

Le 3 février 1921, vers 10 heures, l'enfant a été pris de douleurs et de vomissements alimentaires.

Il reprend son travail et revient vers 15 heures en souffrant davantage de coliques, mais pas de point douloureux précis.

Le 6 février 1921, purgation (huile de ricin) que l'enfant ne peut absorber.

Le 7 février, on fait une application de glace sur le ventre.

Le 10 février 1921, à l'entrée, il présente les symptômes suivants :

a) Les douleurs lancinantes au point de Lanz irradiées dans la région hypogastrique et ombilicale, à caractère nocturne, calmées par la glace;

b) Les vomissements alimentaires, constatés avant le 7, ne se sont pas reproduits depuis;

c) Constipation; l'enfant a eu de la diarrhée depuis sa purge.

Signes physiques. — L'inspection : l'enfant étant en décubitus dorsal, on aperçoit alors une voussure dans la fosse iliaque droite, ayant les limites suivantes : ligne horizontale passant par l'ombilic; en dedans, ligne blanche sous-ombilicale; en bas, l'arcade crurale. La respiration est du type thoracique, cependant il n'y a pas de circulation collatérale et l'ombilic n'est pas déplissé.

A la palpation, on trouve une légère hyperesthésie cutanée, une

contracture des muscles de la paroi et une tuméfaction, dont les limites ont été déjà données à l'inspection. Cette dernière, plaquée contre les régions profondes, est rénitente et à contours précis. On trouve aussi que le réflexe abdominal est supprimé du côté droit.

Le toucher rectal est très douloureux, lorsqu'on atteint la cavité pelvienne à droite, sans qu'il soit possible de déterminer une collection: Le Douglas n'est pas douloureux.

Examen général :

- a) Tube digestif : langue saburrale, haleine fétide, constipation ; le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes, subictère;
- b) Appareil circulatoire : rien à signaler, pouls : 70;
- c) Système nerveux : état délirant du 9 au 10 février;
- d) Appareil urinaire : ni sucre, ni albumine;
- e) Température, 38°5.

Diagnostic clinique : appendicite évoluant depuis huit jours, collection péricæcale et abcès mésocôlique possible.

Intervention le 11 février 1921. Anesthésie rachidienne à la néocaïne Corbière (6 centigrammes); incision Jalaguier; on tombe sur le péritoine libre; l'épanchement recouvre les anses intestinales, rouges, congestionnées. On aborde l'abcès appendiculaire par la face externe de cette masse intestinale; à un moment donné, un flot de pus d'odeur fétide, jaune, épais (environ 60 cc.) jaillit et est aspiré au fur et à mesure. Le champ opératoire a été protégé par des compresses entre la paroi abdominale et le foyer; on pratique le nettoyage à l'éther, la section de l'appendice, la ligature du méso. sans cependant enfouir le moignon. On met deux mèches éthérées dans la cavité de l'abcès et on ferme la paroi abdominale en fixant à cette paroi l'épiploon qui descend sur les anses intestinales agglutinées.

Examen de l'appendice : l'appendice est court, trapu, contenant un petit calcul. Il est perforé en deux endroits, à son extrémité, par un processus gangreneux.

Suites opératoires excellentes; on défait le pansement après quarante-huit heures; le malade a déjà une température de 37 degrés et un très bon état général. Localement, on enlève les mèches et on les

remplace par deux drains, l'un au contact du foyer, l'autre dans la cavité pelvienne.

Tous les deux sont bloqués par des compresses que l'on imbibe d'éther iodoformé.

Le 16 février, on fait un deuxième pansement et on commence l'alimentation avec des laitages, du bouillon et de l'eau de Vichy. Le malade sort guéri le 24 mars 1921.

OBSERVATION IV

Service de M. ROCHER.

Appendicite perforante. Péritonite iléo-pelvienne. Aspiration. Guérison.

Germaine C..., âgée de 13 ans, est réglée depuis deux ans ; règles d'abord régulières, puis survenant tous les quinze jours.

Le début remonte à une quinzaine de jours, marqué par : 1° fièvre (entre 38 degrés et 38°5) ; 2° embarras gastrique ; 3° vomissements ; 4° constipation, douleurs au point de Mac Burney et des crises de coliques.

Le 4 juillet 1920, c'est-à-dire deux jours avant l'opération, on constate une tuméfaction dans la fosse iliaque droite assez bien limitée, avec des douleurs intermittentes, des gaz et besoin d'aller à selle. Sa température est cependant normale (37°).

Intervention le 6 juillet 1920. Sous l'anesthésie à l'éther-chloroforme, incision médiane ; on trouve dans le péritoine libre un paquet d'anses intestinales agglomérées.

En préparant le champ opératoire, deux anses intestinales se séparent et du pus gangreneux, extrêmement fétide, jaillit ; aspiration du foyer, extirpation d'un gros appendice qui présente deux perforations, une à la partie moyenne, l'autre sur un coprolithe résistant. Nettoyage à l'éther ; on place une mèche éthérée et un drain, et on fixe les anses intestinales au péritoine pariétal de chaque côté, de manière à localiser le foyer appendiculaire.

Le 17 juillet, on constate par le toucher abdomino-rectal une grosse collection fluctuante avec une sensation de flot très nette,

d'une main à l'autre, dans la région hypogastrique et descendant dans la région pelvienne. On intervient alors sous chlorure d'éthyle et on fait sortir une grosse quantité de pus fétide et gangreneux par la voie rectale ; pas de drain.

Les suites ont été des plus satisfaisantes ; guérison, complète le 22 août 1920.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Dr LASSERE.

Appendicite perforante. Absès parappendiculaire mésocôlique.

Aspiration. Guérison.

Noëla C..., 12 ans, entrée à l'hôpital, le 21 août 1922, salle 9, lit 2.

Au dire d'une voisine, la malade avait eu des crises douloureuses il y a un an, mais sa maladie actuelle ne remonte qu'au 16 août, lorsqu'elle est prise au matin de douleurs abdominales et de vomissements. Elle est traitée d'abord dans sa famille par des tisanes et une purge (limonade purgative), mais ces médicaments ne soulagent nullement les douleurs, et enfin la malade est envoyée à l'Hôpital des Enfants, le 21 août 1922, où elle est opérée d'urgence par M. Lasserre.

A son entrée à l'hôpital, la malade a une température de 38°7, pouls à 120 ; elle présente une contracture de l'abdomen, malgré que son état général soit assez bon.

Intervention le 21 août 1922. Sous l'anesthésie générale, incision de Jalaguier. Ayant bien isolé le champ opératoire, on trouve alors un abcès dans la fosse iliaque gauche et le bassin. On vide le contenu par l'aspiration et on achève l'opération par l'appendicectomie et l'enfouissement. Guérison complète vers le 20 septembre 1922.

A signaler que l'appendice était gangrené à sa partie moyenne.

OBSERVATION VI

Service de M. ROCHER.

**Appendicite perforante. Péritonite à foyers multiples. Aspiration.
Guérison.**

Marie-Jeanne S..., 9 ans 1/2, entrée à l'Hôpital des Enfants, le 6 juillet 1922.

Le 28 juin, l'enfant accuse des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, douleurs qui cessent rapidement, mais réapparaissent deux jours plus tard avec plus de violence.

Le 3 juillet, son médecin appelé constate une crise appendiculaire aiguë, avec début brusque, marquée par une douleur abdominale, plus vive à droite, des vomissements; température à 38°5; pouls, 120; ventre ballonné; défense et contracture de la paroi abdominale. Ces réactions sont intenses; il y a reprise des vomissements verts le 5 juillet. La malade est constipée depuis le 2 juillet.

Intervention le 10 juillet. Incision de Jalaguier. En ouvrant le péritoine, on tombe sur un amas d'adhérences englobant plusieurs anses intestinales et le cæcum; avec une pince-mousse, on se fait prudemment une voie entre ces anses, et bientôt on voit sourdre du pus fétide, comprenant des débris sphacelés que l'on enlève avec l'aspiration. Prolongeant la recherche du côté de la fosse iliaque, on trouve un second abcès et on le traite de même par l'aspiration; puis on décolle avec le doigt l'appendice qui est gangrené; ablation; enfouissement; drain et fermeture.

On enlève le drain le 22 juillet 1922, et la malade sort guérie le 9 août 1922.

OBSERVATION VII

Service de M. ROCHER, *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1920.

**Appendicite perforante. Péritonite à foyers multiples et en voie
de généralisation. Aspiration. Guérison.**

Abel L..., 10 ans, présente, le 14 décembre, des phénomènes abdominaux à allure d'infection gastro-intestinale.

Le 20, point de Mac Burney très net, défense de la paroi.

Le 21, appelé en consultation, je constate : appendicite avec point de Mac Burney très net, mais compliquée d'infection péritonéale de tout le petit bassin; depuis douze heures, en effet, les douleurs se sont étendues dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche; c'est là que siège le maximum des douleurs spontanées et provoquées. Ventre dur dans toute la portion sous-ombilicale. Facies grippé, pouls, 110; température, 38 degrés. Le toucher rectal montre un gros empâtement douloureux.

Le 22, au matin, le facies péritonéal s'accuse, vomissements porracés, pouls rapide, petit (160), température, 37°5.

Intervention le 22 décembre 1919. Anesthésie à l'éther; incision de Roux; on trouve les anses intestinales rouges, agglutinées, mais non adhérentes au feuillet pariétal du péritoine, donc ouverture à la grande cavité péritonéale. Garniture du champ opératoire avec compreses. Deux anses sont écartées; immédiatement un flot de pus d'odeur fécaloïde apparaît, il est aspiré. L'appendice est extirpé sans trop de difficultés.

Du côté de l'excavation pelvienne, on rencontre un autre foyer purulent qui est asséché en quelques secondes par l'aspiration. Éthérisation du foyer opératoire. Mèches imbibées d'éther iodoformé dans le foyer iliaque et dans le foyer pelvien.

La plaie est laissée largement ouverte.

Suites opératoires normales, sans aucune réaction péritonéale; guérison au bout d'un mois sans éventration.

OBSERVATION VIII

**Appendicite perforante. Péritonite en voie de généralisation. Aspiration.
Guérison.**

Jean R..., 10 ans. L'enfant était à l'école; il a ressenti, à 10 h. 1/2 du matin, de légères coliques; puis, à 11 heures, des coliques plus prononcées dans le bas-ventre, du côté droit. A ce moment, des

vomissements verts apparaissent, qui ont continué jusqu'à son arrivée à la maison de santé, où il est porté en voiture à 2 heures de l'après-midi.

On se trouve en présence d'un enfant cyanosé, sans température, avec un pouls à 120-130.

Par le toucher rectal, on sent du côté de l'articulation sacro-iliaque droite un point douloureux et profond. Le diagnostic que l'on pose est celui d'appendicite pelvienne.

Opération dans la journée même (le 17 novembre 1920), à 6 h. 1/2 du soir; incision de Jalaguier. Le péritoine ouvert, il s'écoule une grande quantité de liquide trouble, disséminé dans toute la cavité péritonéale, surtout du côté de l'articulation sacro-iliaque droite où, par le toucher rectal, nous avons trouvé un point douloureux. Nous arrivons sur les anses intestinales qui sont très rouges, recouvertes de nombreuses fausses membranes et, à ce moment, on voit l'appendice collé par son extrémité au niveau du promontoire et perforé par gangrène; les matières fécaloïdes font issue. Tamponnement avec des compresses. On saisit l'appendice qui est court, trapu; on le résèque, on lie son méso, on l'enfouit et on recouvre la suture d'enfouissement par des mèches d'épiploon. Nettoyage large de la cavité abdominale et pelvienne avec de l'éther; un drain plonge au fond du Douglas, suture.

Suites opératoires excellentes. L'enfant ne vomit plus, passe une très bonne nuit; journée excellente le lendemain 18 novembre, on enlève la glace. On sort le drain le 19 novembre et le malade est complètement guéri vers la fin de l'année 1920.

OBSERVATION IX

Observation aimablement communiquée par le père de la malade.

Appendicite perforante. Péritonite généralisée. Aspiration. Guérison.

Anne-Marie R..., âgée de 4 ans, est prise subitement, en pleine santé, dans la nuit du 28 au 29 janvier 1922, de coliques violentes qui la réveillent; elle éprouve aussi le besoin d'aller à la selle, mais en vain.

Les douleurs sont calmées quelque peu par des applications de cataplasmes abdominaux, mais reprennent de plus en plus fort jusqu'au matin (il est à noter que la veille au soir la petite malade avait mangé d'une façon exagérée du gâteau à la crème et que dans la nuit, sur huit personnes qui en avaient goûté, sept furent indisposées. La petite sœur de notre malade, victime, il y a deux ans, d'une crise d'appendicite ayant rétrocedé médicalement, avait été, elle aussi, dérangée et le diagnostic d'intoxication alimentaire était venu d'abord à l'esprit).

Le 29 juin, dans la journée, les douleurs, moins violentes, disparaissent jusque dans la soirée, si bien que l'enfant essaie de se lever, mais en fléchissant sur son membre inférieur droit dont l'extension provoque une douleur dans l'hypogastre et elle s'alite de nouveau.

Craignant une appendicite, son médecin la met à la diète absolue, sans application de glace toutefois. A l'examen, on trouve les douleurs très marquées dans la région hypogastrique et une légère douleur dans le Douglas au toucher rectal.

La malade a aussi de la diarrhée fétide au cours de la journée et la température est de 37°8 le matin et 38°4 le soir.

Le 30 juin, la nuit se passe relativement calme, mais la journée est assez pénible, avec une température de 39°2 le matin et 39 degrés le soir. Elle a, de plus, une dysurie par paralysie vésicale et le sondage amène un soulagement immédiat par suite de l'évacuation de sa vessie surdistendue. Le ventre est relativement souple et les fosses iliaques non douloureuses. Cependant l'hypogastre et le Douglas restent sensibles et la diarrhée persiste jusqu'au soir.

Le 1^{er} juillet, au matin, les douleurs ont presque disparu, le facies est meilleur et l'enfant est plus gaie. Mais la température est de 38 degrés le matin et de 38°2 le soir. Les signes physiques, la douleur hypogastrique et la dysurie persistent.

Le 2 juillet, l'état de l'enfant s'est bien amélioré, son facies est rose et la douleur, à la palpation, a entièrement disparu. La température est de 37°8 le matin et de 38 degrés le soir. Elle joue avec ses poupées au lit. La malade songe déjà à se lever le lendemain. Elle s'endort à 9 heures et tout va bien jusqu'à 3 heures du matin.

Le 3 juillet, à 3 heures du matin, l'enfant est prise de nouveau de

violentes douleurs dans l'hypogastre avec vomissements; température, 39 degrés; pouls, 120 et facies grippé. A la palpation, on trouve alors une douleur intense avec maximum dans l'hypogastre et dans les fosses iliaques droite et gauche. Jusqu'à 8 heures, le tableau clinique devient de plus en plus grave; le nez se pince, le visage est livide; la parole s'éteint et le pouls s'accélère et file. Le docteur Lacouture pratique le toucher rectal et constate la présence d'une collection importante avec tendance à remonter dans la fosse iliaque gauche.

A ce moment, le docteur Rocher est appelé en consultation; et porte le diagnostic d'appendicite aiguë probablement gangreneuse avec une péritonite généralisée depuis le matin.

Intervention (Notes du docteur Rocher). Sous l'anesthésie chloroforme-éther, on fait une laparotomie par une incision de Jalaguier. On trouve aussitôt du liquide louche qui s'écoule de la grande cavité péritonéale et qui est vite évacué par l'aspiration. On encave ensuite délicatement avec des compresses le foyer opératoire, qui est constitué par un magma d'anses intestinales agglutinées, rouges et recouvertes de fausses membranes. Le pus fétide et gangreneux est aspiré immédiatement. Avec de petites valves étroites, on écarte alors prudemment les parois de la cavité purulente. On cueille l'appendice turgescent et perforé, ayant sa partie moyenne gangrenée et un calcul stercoral s'en échappe. Après la ligature de l'appendice, on découvre un autre foyer dans le bassin par décollement prudent des anses.

Le pus est de même aspiré aussitôt. On tamponne alors ces cavités à l'éther et on place un gros drain et une mèche de gaze allant au contact du moignon appendiculaire. On complète l'opération par une suture subtotalle de la paroi.

Les suites opératoires sont excellentes; on enlève le drain au bout d'une semaine, et la guérison complète est obtenue vers la fin du mois.

Résumé : Il s'agit ici d'une appendicite aiguë traitée tout d'abord par la méthode du refroidissement, mais en vain. La lésion, au lieu de rétrocéder, s'était étendue au pelvis et vers la fosse iliaque gauche et s'était brusquement compliquée d'une péritonite généralisée.

L'intervention nous a donné un résultat parfait, grâce à l'aspiration qui a empêché la diffusion du foyer gangreneux.

Il n'est pas douteux qu'on lui doit la plus grande partie du succès.

Les événements graves qui se sont déroulés prouvent une fois de plus la nécessité d'intervenir dès que le diagnostic est confirmé, et cela à n'importe quelle époque, même si le chirurgien est appelé à un stade avancé de la lésion.

OBSERVATION X

Appendicite perforante. Péritonite généralisée. Aspiration. Mort par hémorragie due à une plaie hémorroïdale au cours d'un contre-drainage rectal.

X..., 43 ans, opéré, le 25 novembre 1921, à l'Hôpital Sabatié à Libourne.

Dans la nuit du 22 au 23 novembre, le malade est pris de violentes coliques, accompagnées, le lendemain matin, de vomissements importants, empatement et oligurie ; à 5 heures, on met de la glace sur le ventre.

Le 24, mauvais état général et ballonnement du ventre.

Le 25, au matin, vomissements porracés ; température, 36 degrés ; pouls, 100 à tension basse. Le malade est examiné ; on constate du météorisme généralisé, de la douleur dans la fosse iliaque droite. Au toucher rectal, on note un peu d'empatement, mais une douleur assez vive.

Intervention le 25 novembre 1921, à midi. Sous chloroforme, incision de Jalaguier ; on tombe de suite sur la cavité générale dans laquelle se trouve un liquide louche autour duquel flottent les anses libres. Le pus aussitôt aspiré, on trouve l'épiploon congestionné, de fausses membranes sur le cæcum. L'appendice est profondément coudé à sa partie moyenne qui adhère fortement au rebord du détroit moyen, là où le pus est épais et jaunâtre, mais sans odeur. On le sectionne à sa base, puis on l'extirpe et on termine par l'en-

fouissement du moignon ; éthérisation et fermeture complète sans drainage.

L'examen de l'appendice montre la présence d'un calcul à la suture, une plaque de sphacèle et de grosses lésions de la paroi.

Le 28, à 7 heures du soir, sous l'anesthésie à l'éther, on fait une seconde opération en débridant la partie inférieure de l'incision de la première intervention, étant donnée la présence de l'empatement dans le cul-de-sac de Douglas senti par le toucher rectal.

On trouve alors une énorme collection pelvi-iliaque gauche, car le pus sortait par la plaie lorsque l'on appuyait sur la fosse iliaque gauche.

Le 2 décembre, l'état général de l'enfant s'est amélioré, mais néanmoins le facies est plombé et les yeux sont excavés. La plaie ne bourgeonne pas et a un aspect pseudo-sphacélique. Les deux drains, qui ont été enlevés le 30 novembre, sont remis en place, à cause de l'agitation d'origine toxi-infectieuse ; on aspire un pus épais d'odeur sphacélique.

Le 3 décembre, il sort une grande quantité de pus par les deux drains, surtout lorsque l'enfant se couche sur le côté droit.

Le 5 décembre, la température, qui était de 35-36 degrés, s'élève à 37°8. Dans les journées des 2, 3 et 4, selles répétées, fétides, très abondantes ; on donne alors au malade du salicylate de bismuth et du tannigène et, le 5 décembre, du sirop thébaïque ; les selles diminuent.

Le 6 décembre, l'enfant repose mieux, n'a plus de délire ; la figure est plus reposée, cependant le pouls est toujours agité, battant aux environs de 120, et la fièvre persiste.

Le 7 décembre, l'enfant est réopéré ; on pratique un contre-drainage de la collection pelvienne par incision de la face antérieure du rectum, une pince longue courbe étant poussée de haut en bas par la plaie abdominale. Le soir, en présence d'une hémorragie qui remplit l'ampoule rectale, on réintervient en pratiquant le tamponnement par en haut. L'enfant succombe au cours des manœuvres d'hémostase.

L'hémorragie est due probablement à une blessure d'un vaisseau hémorroïdal au moment de la section du rectum.

Le docteur Rocher a l'impression que si cet incident n'était pas survenu, l'enfant aurait peut-être pu, même sans contre-drainage, faire la part de la toxi-infection et guérir.

OBSERVATION XI

Service de M. ROCHER, *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1920.

Appendicite perforante. Péritonite à foyers multiples et en voie de généralisation. Aspiration. Guérison.

Valentine D..., 14 ans, présente, depuis trois ans, tous les trois mois, de petites crises d'appendicite aiguë.

Le 14 décembre 1919, crise d'appendicite aiguë avec vomissements verdâtres; défense de tout l'abdomen; point de Mac Burney; empâtement pelvien.

Le 16, pouls, 120; température, 38°8. Les douleurs, malgré le traitement médical (glace, diète), s'exagèrent; le pouls et la température baissent: 110, 37°8; pouls petit, de faible tension; le facies est grippé. Diagnostic: péritonite appendiculaire en voie de généralisation.

Intervention le 17 décembre 1919. Éther; incision de Jalaguier; le péritoine ouvert, il s'écoule du pus louche, séreux, d'odeur fécaloïde; issue de quelques gaz. En dedans du cæcum et sous lui, collection de pus épais; dans l'excavation pelvienne, un gros foyer purulent.

L'appendice est gros, rouge, violacé, avec turgescence du méso et il est perforé à son extrémité.

Appendicectomie, enfouissement, éthérisation de tous les départements péritonéaux touchés par le pus. Drainage iliaque et pelvien par mèches et drain. Suture partielle de la paroi.

Suites opératoires normales; position de Fowler, sérum sous-cutané. La malade sort guérie de l'hôpital le 19 janvier 1920.

L'appendice présentait une gangrène de la presque totalité de la muqueuse; pus: très nombreux microbes dont du colibacille (Dr Dupérié).

OBSERVATION XII

Service de M. ROCHER.

Appendicite perforante. Péritonite généralisée. Aspiration. Guérison.

Henriette B..., 15 ans, entrée salle 11, à 19 heures, le 26 février 1921.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires ; à signaler que la malade est réglée depuis l'âge de 13 ans, toujours d'une façon normale.

La date de ses dernières règles remonte au 23 février 1921.

Trois jours auparavant, cette fillette fut prise, vers 10 heures, de douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs étaient très vives et spontanées, arrachant à notre malade des gémissements, survenant par crises et ne présentant pas d'irradiation. Pas de vomissements. L'enfant est envoyée à l'hôpital à cause de l'aggravation de l'état général et de la douleur.

A l'entrée, la malade présente les symptômes suivants : pouls, 144 ; température, 37 degrés ; hyperesthésie cutanée ; douleur très nette dans la zone de Mac Burney à la palpation ; pas de vomissements, ni matière ni gaz depuis le 23. Par le toucher rectal, on trouve une tuméfaction très douloureuse dans le Douglas, surtout du côté droit. La malade présente aussi des signes d'irritation vésicale.

Le 26 février, étant données la rapidité du pouls, les douleurs spontanées intolérables et l'hyperesthésie cutanée, on pense à une appendicite gangreneuse avec une collection pelvienne haute et une péritonite en voie de généralisation. On décide une intervention urgente.

Opération : après anesthésie générale à l'éther, on pratique l'incision de Jalaguier ; l'ouverture du péritoine donne issue à un pus de couleur de café au lait, que l'on enlève immédiatement par l'aspiration ; exploration de la fosse iliaque droite, après avoir cloisonné le champ opératoire au moyen de compresses pour circonscrire la lésion ; décollement au doigt du cæcum plaqué contre les plans profonds, où l'on trouve un volumineux abcès pelvien ; l'aspiration immédiate permet d'évacuer encore un pus jaunâtre d'une fétidité

repoussante. Le cæcum étant soulevé, on trouve alors un appendice adhérent par sa face postérieure et perforé à son extrémité; on le dégage en allant de l'extrémité vers la base d'implantation, et l'on aperçoit alors sur le cæcum une plaque de sphacèle sous-jacente à la perforation de l'appendice. Appendicectomie, ligature du méso, enfouissement du moignon de l'appendice et de la plaque sphacélée du cæcum, dont l'on ne peut savoir ni l'étendue, ni la profondeur; un drain étant placé dans la cavité pelvienne, on suture par points séparés le péritoine, en fixant aussi l'épiploon pour le ramener devant le foyer septique, et l'on pratique ensuite deux autres plans de suture pour la paroi abdominale.

Soins post-opératoires : on laisse la malade à la diète absolue pendant vingt-quatre heures, puis à la diète hydrique; vessie de glace sur l'abdomen; champagne par cuillerée à soupe et sirop de punch; injection de sérum et de 5 cc. d'huile camphrée par jour.

Dès le soir même de l'opération, il semble que les phénomènes douloureux se soient atténués; l'état général, bien que sérieux, ne donne pas de graves inquiétudes; le pouls, qui était à 140 le soir de l'intervention, descendit le lendemain à 120-124, et l'on ne constate plus de dissociation entre le pouls et la température dès ce moment-là. Dans les jours qui suivent l'opération, la température oscille entre 38°6 et 39°3, et la malade rend les premiers gaz du 28 février au 1^{er} mars, tout ceci s'accompagnant de coliques assez violentes, mais de peu de durée.

Le 2 mars, l'état général est satisfaisant, la langue se recouvre d'un enduit saburral très épais; l'abdomen est moins douloureux; les phénomènes perdent leur extension et se localisent dans la fosse iliaque droite; une grande quantité de pus s'écoule par le drain, dont le rôle paraît être plus important dans le maintien de l'ouverture du foyer péritonéal que dans le drainage à proprement parler.

Le 3 mars, devant les phénomènes douloureux précis, localisés dans le flanc droit, l'élévation thermique au voisinage de 40 degrés, on pense à une collection sous-péritonéale dans la fosse lombaire. Incision le long de la crête iliaque sous anesthésie générale; il sort du pus d'odeur sphacélique, infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané.

Le 6 mars, en faisant le pansement, la plaie se désunit à la suite de l'ablation d'un fil d'une extrémité à l'autre; on fait trois points de suture.

Le 7 mars, l'état s'est amélioré; température, 38°6; langue humide rosée. Deux tubes de Carrel sont placés dans l'incision du flanc droit.

Le 10 mars, l'état général s'est encore amélioré; température, 38°2 au matin et 39 degrés le soir; pouls bien frappé, régulier et battant à 100 par minute; bonne coloration générale de la peau et des muqueuses.

Localement, après instillation discontinue au Dakin depuis le 7 mars, la plaie du flanc est complètement détergée. La plaie de la première opération (Jalaguier) est partiellement désunie; il s'écoule des deux foyers un pus abondant, mais d'une couleur jaune clair, bien lié, qui n'a plus l'odeur sphacélique qu'il présentait auparavant.

L'examen des urines ne montre pas la présence d'albumine ni de sucre; il y a simplement de l'urobiline. L'examen du pus provenant de l'abcès gangreneux révèle une pullulation microbienne intense, surtout composée de bacilles, longs et courts; Gram positif et Gram négatif, d'origine intestinale; pas de microbes à spores (D^r Dupérié).

Le 15 mars, température, 38 degrés; suppuration très abondante par l'incision de la laparotomie paramédiane (Jalaguier); la plaie s'est désunie. L'incision du flanc droit est complètement détergée, grâce à l'instillation discontinue au Dakin; elle est recouverte de bourgeons charnus, roses, de bonne vitalité.

Le 21 mars, température, 37°8; l'état général est excellent. Localement, la plaie de l'incision paramédiane est recouverte de bourgeons; sous sa lèvre externe se trouve un pertuis qui conduit dans une collection, d'où s'écoule un pus crémeux et bien lié. Elle est assez profonde et se draine mal; on y introduit trois tubes de Dakin.

Le 8 avril, bon état général; température axillaire, 36°6 et température rectale, 37°2.

Localement, la plaie du flanc est cicatrisée et l'autre recouverte de bourgeons charnus de bonne vitalité, de forme triangulaire, à base interne, à sommet situé à 1 centimètre au-dessous de l'épine

iliaque antérieure et supérieure ; au voisinage de son foyer se trouve une excavation qui conduit dans le foyer de la fosse iliaque interne ; plus de suppuration et la plaie se cicatrise par réunion normale tertiaire.

La malade sort guérie, en excellente santé, le 8 mai 1921.

NOMS	SEXE	AGE	DÉBUT	SIGNES AU MOMENT DU 1 ^{er} EXAMEN	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Roger C.....	Garçon.	11 1/2	Le 28 janv. 1920	Signes d'appendicite avec réactions péritonéales.	Le 9 février 1920 : Incision de Jala- guier, péritonite localisée.	Guérison le 8 mars 1920.
Jeanne F.....	Fille.	6	Le 3 juin 1922.	Signes d'appendicite aiguë.	Le 7 juin 1922 : Incision de Jalaguier, péritonite localisée.	Guérison le 25 juillet 1922.
Arnaud B.....	Garçon.	14	Le 3 fév. 1921.	Signes d'appendicite et de péri- tonite localisée.	Le 14 février 1921 : Incision de Jala- guier, péritonite localisée.	Guérison le 24 mars 1921.
Germaine C.....	Fille.	13	Le 20 juin 1920.	Signes d'appendicite compliquée d'une tuméfaction iliaque, mais sans fièvre.	1 ^{re} intervention le 6 juillet 1920 : Laparotomie médiane, péritonite localisée. 2 ^e intervention le 17 juillet : Contre- drainage rectal.	Guérison le 22 août 1920.
Noëla C.....	Fille.	12	Le 16 août 1922.	Signes d'appendicite aiguë.	Le 21 août 1922 : Incision de Jala- guier, péritonite localisée.	Guérison le 20 sep- tembre 1922.
Marie-Jeanne S..	Fille.	9 1/2	Le 28 juin 1922.	Signes d'appendicite aiguë avec réactions péritonéales intenses.	Le 10 juillet 1922 : Incision de Jala- guier, péritonite multi-loculaire.	Guérison le 9 août 1922.
Abel L.....	Garçon.	10	Le 14 déc. 1919.	Signes de péritonite appendicu- laire.	Le 22 décembre 1919 : Incision de Roux, péritonite multi-loculaire en généralisation.	Guérison vers 20 jan- vier 1920.
Jean R.....	Garçon.	10	Le 17 nov. 1920.	Signes d'appendicite pelvienne avec réactions péritonéales.	Le 17 novembre 1920 : Incision de Jalaguier, péritonite en généralisa- tion.	Guérison le 30 décem- bre 1920.
Anne Marie R...	Fille.	8	Le 28 juin 1922.	Signes de péritonite généralisée d'origine appendiculaire avec irritations recto-vésicales.	Le 3 juillet 1922 : Incision de Jalaguier, péritonite multi-loculaire généra- lisée.	Guérison le 31 juillet 1922.
X.....	Garçon.	13	Le 23 nov. 1921.	Signes de péritonite généralisée.	1 ^{re} intervention le 25 novembre 1921 : Incision de Jalaguier, péritonite généralisée. 2 ^e intervention le 28 novembre 1921 : Débridement de première incision. 3 ^e intervention le 7 décembre 1921 : Contre-drainage rectal.	Malade succombe par une hémorragie hé- morroïdale.
Valentine D.....	Fille.	14	Le 14 déc. 1919.	Signes de péritonite en voie de généralisation.	Le 17 décembre 1919 : Incision de Jalaguier, péritonite généralisée.	Guérison le 19 jan- vier 1920.
Henriette B.....	Fille.	15	Le 23 fév. 1921.	Signes d'appendicite aiguë avec irritation vésicale.	1 ^{re} intervention le 26 février 1921 : Incision de Jalaguier, péritonite généralisée. 2 ^e intervention le 3 mars 1921 : Éva- cuation d'une collection lombaire.	Guérison le 8 mai 1921.

CONCLUSIONS

I. L'opération systématique et immédiate de l'appendicite perforante, dès que le diagnostic est posé, est le seul moyen de sauver le malade.

II. L'aspiration agit mieux que tout autre moyen pour combattre la diffusion septique péritonéale, étant un agent « *par excellence* » capable d'évacuer et de dessécher les matières infectantes accessibles. Elle fonctionne vite, sans cependant traumatiser nullement les adhérences qui sont si fragiles et dont on connaît l'importance dans la défense naturelle de l'organisme.

III. L'aspiration abrège la durée de l'opération, diminue le « shock », d'une part, par la quantité minima d'anesthésique employée, et d'autre part, en provoquant le moins de traumatismes possibles sur les tissus sensibles, tels que le péritoine et l'intestin (Crile).

IV. L'ouverture du foyer sera réalisée par une laparotomie minima, mais suffisante. Elle sera accompagnée, le plus souvent possible, d'extirpation de l'appendice. L'enfouissement ne sera praticable que rarement et, en ce cas, le drainage par mèche et drain combinés nous paraît du moins utile pendant les premiers jours.

V. Conformément aux lois de l'asepsie, l'aspiration nous donne une propreté, au vrai « *sens chirurgical* », dans la salle d'opération et le champ opératoire. Elle recueille les matières

infectantes dans un flacon, loin de la table, et l'on peut les détruire ainsi immédiatement.

VI. Une économie appréciable est assurée dans les grands centres hospitaliers où le gaspillage des compresses est parfois considérable, lorsqu'il y a une collection liquidienne à évacuer ou une hémorragie capillaire sur une surface étendue.

VII. L'emploi multiple de l'aspiration dans les diverses opérations donne toujours les meilleurs résultats; l'importance surtout frappante qu'il a dans quelques-unes d'entre elles et la simplicité de l'installation commandent sa vulgarisation plus grande dans les centres d'opérations les plus modestes.

VIII. Le progrès de technique opératoire réalisé par l'aspiration au cours de l'appendicite perforante est tel que de nombreuses vies conservées lui sont dues.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : <i>Le Doyen,</i>	<i>Le Président,</i>
D ^r C. SIGALAS.	D ^r G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 janvier 1923.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BELLECAVE. — Aspiration en chirurgie et en oto-rhino-laryngologie.
Thèse de Bordeaux, 1920.
- BERNARD. — L'appendicite.
- BROCA. — Chirurgie infantile.
- DIEULAFOY. — Traité d'aspiration.
- FERJAS E. — De l'aspiration péritonéale immédiate au cours des laparotomies. Thèse de Lyon, 1907.
- GOURDET. — Congrès de chirurgie, 1904.
- HARDYAN. — De l'aspiration en chirurgie et en particulier de l'hémato-aspiration en oto-rhino-laryngologie. Thèse de Paris, 1907.
- HOTSCHKISS. — *Annals of surgery*, 1906.
- MORESTIN. — Appareil aspirateur, pompe chirurgicale électrique.
Congrès français de chirurgie, Paris, 1902.
- LAURENS. — L'hémato-aspiration. *Presse médicale*, 1905, p. 459.
- MURPHY. — Congrès de chirurgiens américains, 1908.
- OMBREDANNE. — Technique chirurgicale infantile.
- ROCHER. — Éclairage frontal et aspiration. *Presse médicale*, 27 décembre 1919.
- L'aspiration continue et discontinue en chirurgie. *Journal des praticiens*, 7 mai 1921.
- Avantage de l'aspiration en chirurgie abdominale, *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1920.
- TÉMOIN. — Académie de médecine, 1919.
- VIGNARD. — L'appendicite.

VILLARD. — Société de chirurgie de Lyon, 1906.

— Traitement des péritonites aiguës par l'aspiration péritonéale,
1907. Congrès français de chirurgie, 1907.

— *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, avril 1911.

VOGEL. — *Archiv für klinische Chirurgie*, t. CL, fasc. 1 et 2, p. 1-85.

